

患者等搬送事業認定（更新）申請書

年 月 日

長生郡市広域市町村圏組合
消防長 様

申請者

住 所

職・氏名

印

記

事業所名	
所在地	〒
電 話	電話： ()
管理責任者 職・氏名	
国土交通省 免許登録番号	
定款に定める 事業内容	

※受付欄

- 1 ※欄は記入しないこと。
- 2 必要な関係書類を添付すること
- 3 2部提出すること

別記様式第4号（その2）

営業区域						
営業時間				料金		
乗務員数	総数	名	昼	名	夜	名
制服	色			形式		
年間営業実績件数	病院への通入院			老人ホーム等への送迎		
	退院			旅行		
	転院			その他		
案内書の有無	有 ・ 無 （有の場合、案内書を添付すること）					
特定病院との契約の有無	有 ・ 無	有の場合は、医療機関名及び契約内容を記入				
特定行政機関との契約の有無	有 ・ 無	有の場合は、行政機関名及び契約内容を記入				
その他	会員数			会費		

患者等搬送用自動車届（車椅子専用）

車種（型式）		塗 色	
車 両 番 号		定 員	人
患者等収容部分の大きさ		長 さ	c m
		幅	c m
		高 さ	c m
換気装置	有 ・ 無	冷房装置	有 ・ 無
暖房装置	有 ・ 無	通信装置種別	電話・無線・F A X
車椅子固定装置		有 ・ 無	
車椅子乗降装置		有 ・ 無	
消毒表の表示		有 ・ 無	
積 載 資 器 材			
品 名		数 量	
品 名		数 量	

別記様式第6号の2 (その2)

車両写真添付1

(前面)

(後面)

別記様式第6号の2 (その3)

車両写真添付2

(右側面)

(左側面)